

Propietario

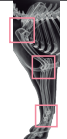
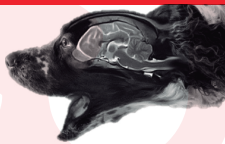
Nombre _____ e-mail _____

Dirección _____ Tel: _____

Paciente Estudios previos a entregar:

Nombre del paciente _____ Sexo _____ Cuadro hemático ALT Remisión

Raza _____ Edad _____ Peso _____ Creatinina Otros _____

CABEZA			RESONANCIA DE COLUMNA			RESONANCIA DE MIEMBROS	
<input type="checkbox"/> Neurocráneo	<input type="checkbox"/> Encéfalo	<input type="checkbox"/> Silla turca		DESDE	HASTA	<input type="checkbox"/> MIEMBROS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> IZQ <input type="checkbox"/> DER
		<input type="checkbox"/> Oídos	<input type="checkbox"/> Cervical	Base del cráneo	T1	<input type="checkbox"/> Hombro	
		<input type="checkbox"/> Órbitas	<input type="checkbox"/> Cervico Torácica	C3	T3	<input type="checkbox"/> Codo	
<input type="checkbox"/> Esplacnocráneo	<input type="checkbox"/> Senos paranasales		<input type="checkbox"/> Toraco Lumbar	T3	L3	<input type="checkbox"/> Mano - Carpo	
			<input type="checkbox"/> Lumbo Sacra	L3	S2	<input type="checkbox"/> MIEMBROS POSTERIORES	<input type="checkbox"/> IZQ <input type="checkbox"/> DER
			DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO				
						<input type="checkbox"/> Rodilla	
						<input type="checkbox"/> Tarso	



Médico que indica el estudio.